

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juillet 1893, à 1 heure

Par HUBERT BERTRAND

Né à Larochemillay (Nièvre), le 4 mars 1867

DU TAMPON VAGINAL ANTISEPTIQUE
DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES
PAR INSERTION VICIEUSE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
MAYGRIER, MARFAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

322

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 juillet 1893, à 1 heure

Par HUBERT BERTRAND

Né à Larochemillay (Nièvre), le 4 mars 1867

DU TAMPON VAGINAL ANTISEPTIQUE

DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES

PAR INSERTION VICIEUSE

Président : M. TARNIER, professeur.

*Juges : MM. } DEBOVE, professeur.
 } MAYGRIER, MARFAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1893

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER

Membre de l'Académie de médecine
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris
Commandeur de la Légion d'honneur

A MON PREMIER MAÎTRE EN OBSTÉTRIQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAYGRIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Accoucheur de l'hôpital de la Pitié



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0045

DU TAMPON VAGINAL

ANTISEPTIQUE

DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES

Par insertion vicieuse

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de traiter d'une manière complète la question du tamponnement vaginal dans le traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse, ce sujet ayant été magistralement étudié, en 1886, par M. le Dr Auvaré dans sa thèse inaugurale ; nous désirons limiter notre travail au tampon constitué par des bourdonnets antiseptiques.

Ce tampon, après avoir joui d'une renommée presque universelle, est, de nos jours, battu en brèche par un certain nombre d'accoucheurs qui lui reprochent d'être insuffisant et quelquefois dangereux.

Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations de tamponnement vaginal ; ces observations en main,

nous essayerons de montrer que le tampon ne mérite pas tous les méfaits dont on l'accuse, et qu'en somme, il reste toujours un excellent moyen d'arrêter les hémorrhagies par insertion vicieuse, pourvu qu'il soit fait avec toutes les règles de l'antisepsie.

Le plan que nous suivrons sera à peu près le même que celui de M. Auvard dans sa thèse d'agrégation, ce plan nous ayant semblé excellent pour l'exposé de la méthode.

Notre thèse comprendra cinq chapitres :

Dans le premier nous ferons rapidement l'historique du tamponnement vaginal ; dans le second nous décrirons en détail le manuel opératoire du tamponnement. Le troisième chapitre sera consacré à l'examen et à la discussion des avantages et des inconvénients de la méthode, le quatrième à ses indications pendant la grossesse et pendant le travail. Nous ferons suivre ces quatre chapitres d'un aperçu général des résultats obtenus par le tampon et par les autres méthodes de traitement des hémorrhagies du placenta prævia, afin de pouvoir les comparer entre eux. Enfin nous terminerons ce travail en publiant les observations qui nous ont servi à édifier notre thèse.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres qui ont dirigé nos études dans les hôpitaux.

M. le Professeur Tarnier a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; nous le remercions vivement de cette marque d'honneur, de sa bienveillance et des excellentes leçons que nous avons reçues de lui : Puissent-elles avoir laissé dans notre esprit une empreinte durable.

Que notre excellent maître, M. le D^r Maygrier, professeur agrégé à la Faculté, veuille bien croire à notre reconnaissance ; nous n'oublierons jamais les précieux conseils qu'il nous a donnés et les preuves de bienveillante sympathie dont il nous a comblés dès le début de nos études obstétricales.

Nous prions M. le D^r Demelin, chef de clinique obstétricale, de vouloir bien agréer nos sincères remerciements pour l'obligeance qu'il a mise à nous communiquer des documents concernant notre thèse. Nous remercions également M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité, et M. le D^r Porak, accoucheur de Lariboisière, de nous avoir permis d'user des statistiques de leurs services.

Nous avons une dette de reconnaissance à acquitter envers la mémoire de notre regretté maître, M. le P^r Peter, dont la mort, aussi cruelle qu'inattendue, nous a rempli de tristesse. Nous n'oublierons pas ses excellentes leçons de clinique où nous avons puisé pendant deux ans les principes de la bonne médecine.

Que M. le D^r Le Dentu, MM. les D^{rs} Championnière et Marfan, nous permettent de leur dire combien nous leur sommes reconnaissant pour la bienveillance et l'intérêt qu'ils nous ont toujours montrés.

Enfin, nous adressons à M^{lle} Haniodt, sage-femme en chef de la Clinique de la rue d'Assas, l'expression de notre plus vive gratitude, et nous remercions sincèrement M. le D^r Laskine de nous avoir initié à la pratique du mannequin.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DU TAMPONNEMENT VAGINAL.

Le traitement des hémorrhagies du placenta prævia par le tamponnement vaginal remonte à une époque assez reculée. Sans parler d'Hippocrate qui, dans tous les cas d'hémorrhagies utérines pendant la grossesse remplissait le vagin de laine imbibée d'un liquide astringent, on trouve déjà ce moyen de traitement chez quelques accoucheurs du commencement du xvi^e siècle.

Leroux qui passe avec raison pour le créateur du tamponnement, raconte qu'au xvi^e siècle Hoffmann fut le premier accoucheur qui ait donné une observation bien détaillée sur l'efficacité du tampon pendant la grossesse. Néanmoins avant Leroux, le tamponnement n'était pas en très grand honneur et on lui préférait une intervention beaucoup plus radicale, l'accouchement forcé (Guillemeau, Bourgeois (1619), Mauriceau (1668), Portal (1685), Smellie (1751), Levret (1770).

La méthode du tamponnement vaginal, n'arrive à être clairement formulée qu'en 1776, par Leroux de Dijon. Avant lui, les accoucheurs se bornaient à provoquer la coagulation du sang par un liquide astringent. Leroux, le premier, montra que le tamponnement ne pouvait agir que

mécaniquement par une compression exercée sur l'œuf et sur les parois vaginales. Son procédé consista à bourrer le vagin d'un corps étranger absorbant. « Ce procédé, dit-il, est des plus simples, il n'exige pas une longue préparation ; on le trouve sans peine dans la cabane du pauvre comme dans le palais des grands. Il consiste à opposer une digue à l'écoulement du sang, par le secours de plusieurs lambeaux de linge ou d'étoupe imbibés de vinaigre pur, dont on remplit le vagin et qu'on introduit même quelquefois jusque dans la matrice lorsque les circonstances l'exigent. »

Après Leroux, ce traitement régna en maître absolu en France et à l'étranger pendant la première moitié de ce siècle. En France il eut des partisans acharnés ; Baudeloque (1781) et ses élèves Gardien et Capuron en rapportèrent de nombreuses observations où il se montra héroïque. M^{me} Lachapelle (1825) estime que : « le tampon est le seul moyen qui puisse empêcher la femme de succomber quand l'état des parties rend inadmissible toute tentative d'accouchement artificiel ». Mais elle formule des réserves en disant qu'il ne paraît pas être sans danger et qu'il peut provoquer de la douleur, de la fièvre, de la péritonite, de la métrite, etc. ».

Moreau n'appliquait pas la méthode telle qu'elle avait été formulée par Leroux. Lorsque le col était peu ou pas dilaté, il tenait appliquée contre lui une bande de toile effilée d'un côté, roulée sur elle-même et trempée dans un liquide astringent ; la dilatation étant plus avancée, il portait contre le col un citron, la dilatation étant plus grande

que le citron, il bourrait le vagin avec des bandelettes vinaigrées.

Mais déjà, au milieu de ce siècle, on commença à critiquer le tamponnement vaginal. Sans parler de M^{me} La-chapelle, qui en 1825, comme nous l'avons dit, lui attribuait un grand inconvénient, la septicémie, Paul Dubois lui reprocha de transformer l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne, et l'abandonna pour une autre méthode formulée en 1759 par Puzos et consistant à rompre les membranes, le travail une fois commencé.

A l'étranger le tamponnement, après avoir été pratiqué à outrance par Wigand (1808), Wegeler (1815), Oslander, Caru Ritgen (1824), Lumpe, Chiari, Scanzoni, etc., fut complètement détroné en 1862 et 1864 par deux nouvelles méthodes, celle de Barnes et celle de Braxton-Hicks (Londres).

Actuellement la France est bien le seul pays du monde, où on pratique encore le tamponnement vaginal. M. le professeur Tarnier et ses élèves professent que cette méthode est toujours le traitement héroïque des hémorrhagies par insertion vicieuse, mais que pour produire une efficacité incontestable, elle doit être pratiquée avec toutes les règles de l'antisepsie. En face de cette école, une autre, celle de M. le professeur Pinard, professe des idées tout opposées. Partant de ce fait, que dans tous les cas de rupture prématurée des membranes, spontanée ou artificielle, il n'a jamais observé consécutivement production d'hémorrhagie, M. Pinard rompt artificiellement les membranes, non seulement, le travail étant commencé, mais même avant tout début du travail.

Pour nous, qui n'avons aucune expérience en cette matière, nous ne pouvons nous prononcer catégoriquement sur cette question; nous voulons seulement montrer un certain nombre d'observations en main, que le tamponnement antiseptique et même aseptique, reste toujours un excellent moyen de traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse.

CHAPITRE II

DE LA MANIÈRE D'APPLIQUER UN TAMPON VAGINAL.

Depuis Leroux on a employé un nombre considérable de corps pour faire le tamponnement vaginal : étoupe, charpie, coton, compresses, vessies animales, sacs de caoutchouc, etc...

Actuellement on distingue deux variétés de tampons vaginaux :

1^o *Le tampon constitué par des bourdonnets de charpie, d'ouate (tampon classique de Leroux).*

2^o *Le tampon formé par une vessie dilatable qu'on introduit dans le vagin (ballons Gabriel, Braun, Chassagny).*

Nous laisserons de côté ce dernier procédé de tamponnement pour ne nous occuper que de la méthode de Leroux, ne voulant traiter dans notre thèse que le tampon formé par des bourdonnets.

L'histoire de ce tampon peut être divisée en deux périodes bien distinctes : une première période commençant à Leroux et allant jusqu'à l'antisepsie, et une seconde période allant de l'antisepsie jusqu'à nos jours. Dans la première période, le tampon était appliqué sans aucune règle d'antisepsie. Leroux et les accoucheurs qui le suivirent n'avaient qu'un but : arrêter l'hémorrhagie placentaire en établissant une digue au cours du sang, par une compression

aussi forte que possible exercée sur l'utérus et sur les parois vaginales. Pour cela ils introduisaient dans le vagin un corps absorbant qu'ils imbibaient d'un liquide astringent, et qu'ils recouvraient d'un corps gras comme du cérat.

Il est facile de deviner que ce tampon aussi simplement exécuté présentait un grave inconvénient, celui d'être septique; avec lui on emprisonnait, pour employer une expression imagée, le loup dans la bergerie; on introduisait fatalement des germes dans les parties génitales, et ces germes étaient fréquemment la source d'accidents infectieux (fièvre, septicémie, etc.), auxquels succombaient souvent les malades.

L'antisepsie fit disparaître ce grave inconvénient, et c'est à l'enseignement de M. le professeur Tarnier que nous sommes redevables de cet immense progrès. C'est le tampon antiseptique tel qu'on doit l'appliquer, et tel qu'il est appliqué par M. Tarnier et ses élèves, que nous désirons décrire avec détails.

D'abord, *y a-t-il vraiment, comme semblent le croire certains accoucheurs, une réelle difficulté à appliquer le tampon vaginal ?* Quelques médecins, en effet, échouent parce qu'ils se contentent d'introduire dans le vagin une douzaine de bourdonnets de charpie. Ce tampon est illusoire et n'a aucune solidité. Le col utérin ne se trouvant pas suffisamment comprimé par les bourdonnets, le sang continue à couler et s'amasse derrière eux, de telle sorte que le tampon finit par être expulsé, et que l'hémorrhagie reparaît. Pour se rendre maître de l'écoulement sanguin il faut absolument bourrer le vagin de bourdonnets et ne pas laisser un endroit libre; nous allons voir comment.

Deux objets sont nécessaires pour appliquer un tampon vaginal : des bourdonnets et un corps gras.

a. — Bourdonnets. — On peut employer le colon hydrophile ou la charpie ordinaire. La charpie vaut mieux parce qu'elle forme un tampon plus consistant que l'ouate. Elle sera aseptique et en quantité suffisante, il est indispensable d'en demander 300 grammes environ au pharmacien, car, croyant à une erreur, ce dernier n'en enverrait jamais assez. Quelques accoucheurs emploient encore de la gaze iodoformée ; la charpie aseptique est préférable.

De cette charpie, on fait des bourdonnets de la grosseur d'une petite noix, 60 à 80 environ ; ce nombre est absolument nécessaire car le vagin est susceptible d'en renfermer une quantité invraisemblable. On munit d'un long fil la moitié environ de ces bourdonnets et on laisse l'autre moitié sans fil. On pourrait encore fixer tous les bourdonnets à un même fil, à 15 centimètres de distance les uns des autres, en queue de cerf-volant, mais le tampon ainsi formé est plus difficile à appliquer.

L'asepsie des bourdonnets ne suffit pas, il faut encore les rendre antiseptiques en les laissant tremper pendant plusieurs jours dans une solution antiseptique ; on peut employer, soit l'acide phénique au 1/50, soit l'acide borique au 1/25, soit le sublimé ou bichlorure de mercure au 1/1000.

Tout praticien doit toujours avoir chez lui, hermétiquement fermé, un bocal rempli de bourdonnets ainsi antiseptisés, il ne sera jamais pris au dépourvu et pourra faire un tamponnement en quelque lieu qu'il soit.

Enfin on aura soin de bien exprimer ces bourdonnets avant de les introduire dans le vagin.

b. — Corps gras. — Comme corps gras, on peut employer indifféremment le cérat la vaseline ou l'huile. Les deux premiers sont les plus usités, car ils facilitent mieux le glissement des bourdonnets dans le vagin ; on se servira de la vaseline ou du cérat, renfermant, soit de l'acide phénique au 1/50, soit de l'acide borique au 1/25, soit du sublimé au 1/1000. Il est nécessaire d'en avoir une assez grande quantité, 500 grammes environ. On en recouvre tous les bourdonnets les uns après les autres, et le tampon ainsi formé devient cimenté et imperméable au sang.

Avant de commencer l'application du tampon, il est nécessaire de donner une bonne position à la femme. Les Anglais préfèrent la position latérale gauche, la jambe droite étant légèrement fléchie. En France, la plupart des accoucheurs laissent la femme dans le décubitus horizontal, mais en lui faisant soulever légèrement le siège et fléchir un peu les cuisses. D'autres lui font prendre la position dite obstétricale, c'est-à-dire la mettent en travers du lit, le siège affleurant le bord du matelas et soulevé par une alèze pliée en quatre, les deux jambes fléchies et écartées par deux aides placés des deux côtés du lit. Nous croyons que cette dernière position est la meilleure et qu'elle laisse à l'opérateur une plus grande liberté dans ses mouvements.

Cela fait, il faut avoir soin de vider le rectum de la malade au moyen d'un lavement et sa vessie par le cathétérisme. On nettoie alors consciencieusement le vagin au moyen d'une injection antiseptique, après l'avoir vidé des

caillots qu'il renfermait, et on procède à l'introduction des bourdonnets.

Il est inutile de se servir, comme certains accoucheurs le recommandent, d'un spéculum bivalve ou univalve. Cet instrument est gênant, car il empêche l'opérateur de bien placer ses boulettes de charpie; de plus, en le retirant, on risque de tout déranger. Il y a un moyen bien plus simple qui consiste à introduire deux ou trois doigts de la main gauche dans le vagin, à les appuyer assez fortement sur la fourchette, sans trop les enfoncer. La vulve se trouve ainsi assez entr'ouverte, et les parois vaginales suffisamment tendues pour que la main droite puisse, en toute liberté, et sans être gênée par la main gauche, introduire l'un après l'autre les bourdonnets au fond du vagin.

Prenant donc chaque bourdonnet bien antiseptique et recouvert d'un corps gras antiseptique, on les introduit les uns après les autres au fond du vagin, en commençant par remplir exactement et consciencieusement les culs-de-sac vaginaux; ensuite on applique les bourdonnets sur le col utérin, en comprimant légèrement, de manière à ne pas laisser un seul espace vide. Pour mettre une véritable digue au sang, il faut combler entièrement le vagin et le dilater jusqu'aux parois du bassin. « Il faut obtenir une occlusion complète du fond du vagin, entasser les bourdonnets dans l'espace laissé libre entre les lèvres de l'orifice utérin, dans le col, à l'enserrer entre un noyau central et un talus périphérique, de telle sorte que pas le moindre espace ne reste vide (1). »

1. Auvard. Thèse d'Agrégation, 1886.

Les tampons profonds seront munis d'un fil afin qu'on ait plus de facilité pour les retirer. Les tampons superficiels seront libres. Il est nécessaire de remplir complètement le vagin jusqu'à la vulve. 50 à 60 bourdonnets sont indispensables. Un pareil tampon ne serait pas efficace s'il n'était pas fixé solidement ; pour le fixer, il suffit d'appliquer sur la vulve un large gâteau de charpie préalablement trempé dans une solution antiseptique et par dessus le tout un bandage en T simple, ou fixé par des bretelles, comme le veut M. Guéniot.

Il est inutile d'imbiber les bourdonnets d'un liquide quelconque. Leroux se servait de vinaigre, Depaul d'une solution au 1/3 de perchlorure de fer ; cela ne sert à rien. Mais il est indispensable que le tampon soit antiseptique.

Le tampon est bien appliqué. Combien de temps faut-il le laisser en place ? Voilà une question bien difficile à résoudre d'une manière absolue ; une limite fixe est impossible à donner ; tout dépend des circonstances. Barnes ne le laissait jamais plus d'une heure. Bailly n'y touche pas pendant 24 heures. Le professeur Tarnier ne le laisse pas plus de 12 heures ; car, dit-il, un séjour plus long expose la femme à des accidents de compression et de septicémie :

Les circonstances influent beaucoup, disions-nous, sur la conduite à tenir. L'hémorrhagie s'arrête-t-elle immédiatement sous l'influence du tamponnement, la femme n'éprouve-t-elle aucune douleur, les contractions utérines sont-elles légères, on peut sans inconvénient le laisser pendant 12 heures, mais jamais au-delà. Nous publions à la fin de cette thèse une observation (Obs. II due à M. Bu-

din), où le tampon resta appliqué près de 12 heures sans inconvénient pour la femme. Il pourrait y avoir du danger à retirer le tampon trop souvent, si la femme ne présentait aucun phénomène anormal, l'hémorrhagie pouvant recommencer à chaque enlèvement du tampon. Notre observation III en est un exemple frappant ; chaque fois qu'on essaya d'enlever le tampon, le sang se remit à couler abondamment et on fut obligé de le replacer d'urgence. Cet inconvénient serait encore plus sérieux si la femme était exsangüe ; dans ce cas, la conduite à tenir est de retarder le plus possible le retrait du tampon, de ne pas le retirer avant 8, 10, 12 heures, de terminer l'accouchement si on le peut, sinon d'appliquer immédiatement un autre tampon.

Mais certaines circonstances obligent à l'enlever plus tôt. Si le tampon s'imbibe, si la femme présente une température élevée pouvant faire craindre l'infection, des douleurs vives, parfois intolérables, il ne faut pas hésiter, retirer le tampon immédiatement et suivre la conduite que nous indiquerons dans le chapitre des indications suivant que le travail est plus ou moins avancé.

Les douleurs d'expulsion obligent-elles à enlever le tampon ? Ou bien doit-on laisser la femme accoucher d'abord du tampon puis de son enfant ? Deux opinions sont en présence : M. Depaul conseillait d'enlever le tampon pendant les douleurs expulsives de manière à terminer l'accouchement, soit par le forceps, soit par la version. M. Pajot au contraire, engage à abandonner l'expulsion du tampon à la nature. Il est bien difficile de se prononcer sur la valeur absolue de ces deux méthodes, car nous n'avons aucune sta-

tistique qui permette de résoudre la question. Mais en théorie ces deux méthodes sont bonnes et peuvent être employées selon les circonstances qui se présentent. Si pendant l'expulsion les contractions utéro-abdominales sont énergiques, si surtout l'enfant est mort, la méthode de M. Pajot peut être bonne. Mais si les contractions utérines sont peu intenses et reviennent à de courts intervalles, si l'enfant vit, mais souffre et menace de succomber, il y a urgence de terminer l'accouchement après avoir retiré le tampon.

CHAPITRE III

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DU TAMPON.

1° Un des reproches qu'on adresse au tampon antiseptique est *d'être d'une exécution difficile, et, de plus, de faire perdre beaucoup de temps*. Je le trouve formulé par un accoucheur allemand du nom de Wyder (1) (dans la *Correspond. blatt*, du 15 juillet 1890).

Il est vraiment bien difficile de prendre cette critique au sérieux.

J'ai vu plusieurs fois exécuter le tamponnement à l'hôpital et j'ai la conviction que tout médecin peut facilement en faire autant. Ce n'est pas non plus une longue opération, si on a tous les objets sous la main. De plus, l'auteur allemand prétend que sa méthode, qui est la rupture précoce et artificielle des membranes, est plus facile à exécuter que le tamponnement; or, nous verrons dans le chapitre des indications, que cela n'est pas et que, dans certaines circonstances, il est absolument impossible d'arriver sur les membranes pour les rompre.

Mais, dira-t-on, il n'est pas toujours facile d'avoir tous les objets du tampon sous la main. Dans un service hospitalier où toutes les pièces sont préparées d'avance, rien

1. Wyder. *Correspond. blatt.*, 15 juillet 1890.

n'est plus facile que de faire un tampon, mais dans la clientèle, à la campagne, le médecin peut se trouver pris au dépourvu, et n'avoir pas toujours à sa disposition tout ce qui lui sera nécessaire. A cette objection, nous répondons qu'il est bien facile à tout praticien, même s'il exerce à la campagne, d'avoir toujours sur lui ou dans sa voiture un paquet de ouate hydrophile comprimée et une solution antiseptique quelconque ; que l'industrie fabrique actuellement des petites pharmacies de poche, faciles à transporter et où se trouvent les médicaments indispensables. Mais supposons même que le médecin n'ait rien de tout cela, ne pourra-t-il pas se servir pour faire son tampon de vieux linges qu'il aura soin de faire bouillir dans l'eau ? On peut, jusqu'à un certain point, se passer de l'antisepsie, pourvu que le tampon soit aseptique, et il est toujours facile de le rendre tel. Et puis, le tampon appliqué, même par un médecin peu expérimenté, lui sera toujours plus facile à exécuter que la rupture artificielle des membranes qui est toujours une opération délicate, parfois fort difficile.

Le cérat et la vaseline ne sont pas indispensables non plus ; si le médecin n'en a pas, le tampon sera moins compact, et moins imperméable, l'introduction des bourdonnets sera moins facile, mais le tampon pourra néanmoins être efficace.

Arrivons maintenant aux reproches plus sérieux adressés à la méthode.

2° *Le tamponnement vaginal oppose-t-il une véritable digue au cours du sang ?* quelques auteurs ne le pensent pas ; ils

lui reprochent de ne pas toujours arrêter l'hémorrhagie, et même de transformer l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne (1).

Voyons d'abord si le premier reproche est fondé. Le tampon de charpie, disent les détracteurs de la méthode de Leroux, fut-il même appliqué exactement jusqu'au fond du vagin, finit par être repoussé au dehors sous l'influence des contractions utéro-abdominales, de sorte qu'il laisse derrière lui un vide où le sang peut s'amasser. Le bandage en T serait même insuffisant à le maintenir ; seule la main de l'accoucheur pourrait lutter efficacement contre le retrait des bourdonnets.

Dans la statistique de Müller (2) renfermant 105 cas, le tampon fut efficace 58 fois et inefficace 47 fois : ou bien, en prenant la moyenne de 100, le tampon fut insuffisant 44 fois pour 100, ou 4 fois pour 10. Mais il faut remarquer que la plupart de ces 105 cas ont probablement trait à des ballons dilatables, le tampon de Leroux étant, à l'époque de Müller, peu pratiqué à l'étranger.

M. le Dr Auvard, dans sa thèse d'agrégation de 1886, cite une statistique de 47 cas qu'il a relevés à la maternité de Paris et dans laquelle l'imbibition du tampon a été notée 16 fois, c'est-à-dire dans le $\frac{1}{3}$ des cas, 34 fois sur 100 ou 3 fois sur 10, résultat meilleur que celui du colpeurynter de Müller.

Quant à nous, nous avons pu établir deux statistiques : l'une renferme 16 observations complètes que nous avons recueillies dans différents services ; dans ces 16 cas, nous

1. Wyder (*Loc. cit.*).

2. Müller. *Placenta prævia*. Stuttgart, 1877.

n'avons pu constater l'imbibition du tampon que deux fois et encore cette imbibition n'eut pas de conséquences fâcheuses puisqu'on réappliqua d'autres tampons qui furent efficaces.

Notre autre statistique comprend 33 cas relevés à la Maternité de 1881 à 1890. Dans ces 33 cas, 7 fois le tampon fut insuffisant. Sur ces 7 insuccès, 3 femmes guérirent, M^{me} Henry ayant fait remplacer le tampon par le ballon de Chassagny qui put arrêter l'hémorrhagie. 4 femmes succombèrent à l'hémorrhagie qu'on ne put arrêter. Donc dans notre statistique, le tampon fut insuffisant 21 fois sur 100 ou 2 fois sur 10, et son insuffisance causa la mort de la femme 12 fois sur 100 ou 1 fois sur 10; ce résultat est encore meilleur que celui de M. Auvard.

On reproche encore au tampon de *transformer l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne*. Cet inconvénient ne pouvait évidemment se produire que si l'œuf était rompu et le liquide amniotique écoulé.

Cette objection paraît sérieuse en théorie, mais en pratique elle n'a qu'une importance très faible, car on n'a pas trouvé de statistique où cet accident fut noté.

Elle a été déjà repoussée par différents accoucheurs et en particulier par Bailly qui s'élève avec force contre une semblable erreur (1) :

« Cette crainte (de l'hémorrhagie interne), dit-il, je l'ai entendu exprimer, non seulement par des élèves, mais aussi par des hommes possédant une certaine expérience des accouchements. Eh bien, je ne crains pas de

1. Bailly. *Bulletin de Thérapeutique* (1876.)

l'affirmer, c'est là une erreur considérable, une erreur funeste, qui a fait bien des victimes, et contre laquelle on ne peut trop s'élever. » Sans être aussi affirmatif que Bailly, nous croyons, en tout cas, que cet accident est très rare, et dans la statistique que nous avons établie nous n'avons rien trouvé de semblable. Au contraire, nous possédons une observation (Obs. II) dans laquelle le tampon fut appliqué après la rupture artificielle des membranes ; l'hémorrhagie fut arrêtée par le tamponnement, et si la femme mourut ce fut à la suite d'une anémie extrême produite par des pertes de sang antérieures à son entrée à l'hôpital.

Si l'hémorrhagie interne est à craindre ce n'est que dans le cas où l'utérus devient inerte, où la présentation est vicieuse ; mais ce vice de présentation, on peut le corriger par la version par manœuvres externes :

Donc, il ne faut pas craindre de faire le tamponnement, même si les membranes sont rompues ; il suffira de faire sur l'œuf une compression plus énergique.

3^e *Le tampon antiseptique a-t-il une influence sur la contraction utérine ?*

M. Auvar, dans sa thèse d'agrégation, cite une statistique allemande de Müller comprenant 128 cas ; l'auteur ne mentionne pas d'ailleurs la variété de tampon employée, mais il y a probabilité, comme nous l'avons déjà dit plus haut, pour que nous ayions affaire à des tampons par vessie dilatable. Sur ces 128 cas, 16 fois le tampon ne provoqua pas de contractions, 78 fois la contraction utérine sur-

1. Müller. *Placenta prævia*. Stuttgart, 1877.

vint après l'application. Ces 78 cas se répartissent ainsi :

Dans l'espace de 1 h.	5 cas
— de 1 h. à 5 h.	22 cas
— de 6 h. à 12 h.	28 cas
— de 12 h. à 24 h.	9 cas
— de 24 h. à 28 h.	6 cas
— de 3 jours.	5 cas
— de 4 jours.	2 cas
— de 8 jours.	1 cas
Total	78 cas

Une statistique que M. Auvard a prise à la Maternité donne à peu près la même proportion. En résumé d'après les deux statistiques précédentes, le travail se déclarerait 60 fois sur 100 ou 6 fois sur 10 ; ce serait en général dans les 12 heures qui suivent l'application du tampon, qu'on verrait survenir les contractions utérines.

Nous avons pu réunir 17 observations complètes de tamponnement vaginal dans lesquelles le tampon a été appliqué 11 fois avant tout début de travail. Sur ces 11 cas, une seule fois le tampon ne produisit pas de travail ; ce dernier ne fut déterminé que par la rupture artificielle des membranes, rupture que d'ailleurs on ne pratiqua pas en vue de déterminer le travail, mais en vue d'empêcher un décollement plus étendu du placenta, et par suite d'arrêter l'hémorrhagie. Dans les 10 autres cas, le tampon provoqua les contractions utérines. Dans les 5 autres cas, pratiqué pendant le travail, il l'augmenta.

Il ne nous est pas permis de conclure avec si peu d'observations personnelles ; mais si nous nous en rapportions à

la statistique de Müller, nous pourrions dire, que 6 fois sur 10, le tampon détermine le travail et qu'il l'active quand il est commencé.

Ici se place une objection formulée contre le tampon de Leroux par un auteur allemand, Seyfert (1). *On attribue, dit-il, au tamponnement deux mérites : de provoquer l'accouchement et d'arrêter l'hémorrhagie. Or, l'accouchement et l'hémorrhagie marchent de pair ; si le tampon arrête l'hémorrhagie il ne peut provoquer le travail ; s'il provoque le travail, il augmente l'hémorrhagie.* Cette objection n'est que spécieuse. Il est évident que l'hémorrhagie de l'accouchement est une hémorrhagie fatale que le tampon n'a pas la prétention ni le pouvoir d'arrêter. Et d'ailleurs l'accoucheur n'attend généralement pas que l'expulsion se fasse spontanément, mais il la provoque quand la dilatation est suffisante.

4° Un quatrième reproche sérieux adressé au tampon de Leroux est *d'être douloureux*. Cela est vrai en général. Chez la plupart des femmes le tampon provoque de la douleur, mais cette douleur est presque toujours tolérable ; chez d'autres, au contraire, il est excessivement pénible à supporter ; dans ce cas on pourrait l'enlever un peu plus souvent, mais s'il ne provoque qu'une douleur légère, c'est en somme un inconvénient de bien faible importance, en comparaison des avantages qu'on en retire.

Dans d'autres cas, le tampon devient parfois douloureux par la pression qu'il exerce sur le sphincter anal et

1. Seyfert (*die aufindsunde Mutterk.* 1852).

le col vésical. Cet effet est malheureusement souvent difficile à empêcher, surtout chez les femmes nerveuses, mais on pourrait alors employer une manœuvre suivie avec succès dans deux observations de la Maternité citées par M. Auvard dans sa thèse. Ce moyen consiste à placer à la partie inférieure du vagin contre la paroi-recto-vaginale, une vessie à air, un ballon de Gariel par exemple, et de remplir le reste du vagin avec des bourdonnets.

5° Le tampon dit-on encore, *gêne le cours des urines et des matières fécales* ; ce reproche est mérité ; mais il y a un moyen bien simple de remédier à cet inconvénient ; c'est de vider le rectum par un lavement et la vessie par le cathétérisme, avant de faire le tamponnement. La femme peut, sans aucun préjudice, ne pas uriner ni aller à la selle pendant 12 heures, temps maximum pendant lequel on doit laisser le tampon. Enfin il est possible de sonder la femme, même si le tampon est appliqué. Dans notre statistique générale de 45 cas nous n'avons pas trouvé une seule observation où ces inconvénients aient obligé d'enlever le tampon.

6° Nous arrivons à un reproche grave qu'on a formulé autrefois contre le tampon de Leroux, et qu'aujourd'hui encore quelques accoucheurs adressent au tampon antiseptique. Nous trouvons ce reproche formulé en 1890 par l'auteur allemand cité plus haut, Wyder (1). *Le tampon, dit-il, expose, par les manipulations qu'il exige, les femmes à l'infection.*

Ce reproche était mérité autrefois. Alors qu'on prati-

1. Wyder (o., cit.).

quait le tamponnement sans prendre aucune précaution antiseptique et même aseptique. Aujourd'hui il n'a plus de raison d'être :

M. le professeur Tarnier a fait connaître dans son cours de la Faculté en 1885, une statistique de 30 cas de tamponnement pratiqué à la Maternité et sur lesquels il n'y a eu que trois morts. Et sur ces trois décès deux se rapportaient à des femmes qu'on avait tamponnées en ville; le troisième décès avait trait à une femme anémiée, amenée exsangüe à l'hôpital.

M. Auvard (1), dans la *Semaine médicale* de 1885, établit une statistique de 43 cas de placenta prævia observés à la Maternité pendant les années 1882, 1883, 1884, 1885. Dans ces 43 cas, la méthode de Leroux a été employée 18 fois. Deux femmes seulement succombèrent, l'une albuminurique, l'autre exsangüe avant d'entrer à la Maternité.

Dans notre statistique personnelle comprenant 45 cas de tamponnement pratiqués à la Maternité et dans le service de M. le Dr Porak, à l'hôpital Lariboisière, six femmes succombèrent. De ces six décès, quatre doivent être attribués à l'état d'anémie des femmes provenant des pertes antérieures répétées, et à l'insuffisance du tampon, 1 à une attaque d'urémie chez une albuminurique, 1 seulement à la septicémie ; mais il faut faire remarquer que ce dernier décès a trait à une femme qui avait été tamponnée en ville, et il y a tout lieu de croire que le tamponnement avait été pratiqué par des mains inexpérimentées et sans aucune précaution antiseptique. Enfin, sur

1. Auvard. *Semaine médicale*, 1885.

ces 45 cas, deux autres femmes eurent la fièvre, mais guérèrent.

Toutes ces observations ont trait à « des tamponnements faits avant la rupture de la poche des eaux. Nous publions à la fin de cette thèse une observation complète, encore plus intéressante (Obs. II, due à M. Budin), dans laquelle on pratiqua le tampon immédiatement après avoir rompu la poche des eaux pour empêcher un décollement placentaire plus étendu ; la malade succomba, mais on ne dut pas incriminer la septicémie, ainsi que le démontra l'autopsie.

Donc, *jamais jusqu'à présent, le tampon pratiqué avec les règles de l'antisepsie, n'a été cause d'accidents septicémiques.* Il est vrai que le Dr Kock, d'Heidelberg (1) a montré, par des recherches expérimentales qu'aucun antiseptique, tel qu'on peut l'employer en clinique, n'était capable d'arrêter le développement des microbes dans de la ouate imbibée de sang et de liquides vaginaux ; mais ces recherches théoriques ne peuvent renverser le fait clinique précédemment énoncé.

7° On accuse encore le tampon de produire *des accidents locaux.* Ces accidents seraient de deux sortes :

1° *Appliquée brutalement, le tampon peut produire des plaies, des déchirures du vagin, etc.*

2° *Appliqué trop longtemps, au delà de 12 heures, le tampon peut amener :*

Une rétention d'urine et des matières fécales ;

1. Dr Kock. *Central Blatt. für Gynækologie*, 1885.

La décomposition, la putréfaction des débris organiques retenus dans le vagin ;

La mortification des parois vaginales.

Ces dangers sont faciles à éviter. Il est facile d'éviter de produire des plaies ; cet accident ne peut arriver qu'à des maladroits. Quant aux accidents signalés en seconde ligne, on n'a pas à les redouter si on ne laisse jamais plus de 12 heures le tampon en place. Notre statistique personnelle ne contient rien de semblable, et nous n'avons pas trouvé une seule observation où ces accidents soient signalés.

L'auteur allemand cité plus haut, Wyder (1), reproche encore à la méthode de Leroux les deux défauts suivants :

1° *On risque souvent de blesser le segment inférieur quand on veut extraire l'enfant immédiatement après la version.*

2° *Le tampon a en outre l'inconvénient d'exposer à des hémorrhagies avant la délivrance, et partant à la délivrance artificielle et aux fâcheuses conséquences qu'elle peut entraîner.*

On peut répondre à la première objection en disant que l'on peut employer la méthode de Leroux, sans être obligé pour cela, de faire l'extraction immédiate, quitte à blesser le segment inférieur. On ne terminera l'accouchement que si la dilatation est suffisante et alors on ne risquera rien : sinon on pourra la compléter au moyen d'un ballon dilatable, ou bien on attirera un pied au dehors et on attendra la dilatation complète pour faire l'extraction. Notre statistique ne signale aucun accident semblable. D'ailleurs ce

1. Wyder, *Op. cit.*

reproche peut être aussi bien formulé contre les autres méthodes d'intervention dans le cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse : si on n'attend pas la dilatation complète, pour extraire l'enfant, on risquera toujours fort de déchirer le segment inférieur.

Quant au second reproche que Wyder adresse au tampon, nous n'avons trouvé aucune observation où cet inconvénient fut signalé.

CHAPITRE IV

DES INDICATIONS DU TAMPON

Il y a lieu de distinguer deux sortes de circonstances dans lesquelles l'accoucheur aura à appliquer le tampon : la grossesse et le travail.

Indication du tampon pendant la grossesse. — Pendant la grossesse, deux éventualités peuvent se présenter, suivant que la femme n'a eu qu'une seule hémorrhagie, ou bien qu'elle a eu plusieurs pertes sanguines qui l'ont affaiblie et anémiée par leurs fréquentes répétitions et par leur abondance extrême.

Nous supposons qu'on amène au médecin une femme arrivée au dernier trimestre de sa grossesse, et qui vient d'être prise subitement d'une hémorrhagie par insertion vicieuse; quel traitement devra-t-il instituer? Si l'hémorrhagie est légère, le repos et des injections très chaudes suffiront à l'arrêter, mais si elle est abondante et menace l'existence de la malade, il faut de toute nécessité pratiquer le tamponnement vaginal qu'on laissera en place jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit arrêtée, sans dépasser 12 heures.

Une première hémorrhagie a eu lieu; elle s'est arrêtée spontanément. On appelle le médecin pour lui demander

quelles précautions il est nécessaire de prendre pour empêcher le retour de cette hémorrhagie. Dans ce cas encore la conduite du praticien est toute tracée ; il ne doit pas s'endormir dans une fausse sécurité, mais se préoccuper avant tout de prévenir une nouvelle perte sanguine, car en pareil cas le placenta continue toujours à se décoller et les hémorrhagies qui en résultent peuvent affaiblir considérablement la malade. Il faut donc avertir la femme et son entourage qu'elle est menacée d'avoir d'autres hémorrhagies et qu'il est de toute nécessité de les prévenir. Pour cela un seul moyen s'offre au médecin : « Placer auprès de la malade une garde instruite qui, dès que l'hémorrhagie réapparaîtra, devra pratiquer le tamponnement vaginal. Si la femme n'est pas dans des circonstances sociales qui lui permettent de recevoir chez elle les soins voulus, vous la convaincrez qu'il faut, de toute nécessité, qu'elle entre dans une maternité pour y être tenue en surveillance, et secourue dès la moindre perte de sang » (1).

On devra en même temps prendre une précaution importante ; faire toujours le diagnostic de la présentation. Si ce n'est pas le sommet qui se présente, il faudra faire la version céphalique par manœuvres externes, pour amener la tête en bas, puis la fixer au moyen d'une ceinture entocique ou d'un bandage approprié.

On peut se trouver fréquemment dans une toute autre situation que celle que nous venons de supposer. Le médecin peut avoir à soigner une femme déjà affaiblie par plu-

1. Dr Ch. Maygrier. *Leçons de clinique obstétricale*, 1893, page 161.

sieurs hémorrhagies antérieures et dans un état d'anémie extrême. Une nouvelle hémorrhagie vient de la surprendre et s'il ne la secoure pas immédiatement elle peut succomber. Nous supposons toujours que la malade n'est pas en travail; le col est encore long, non effacé. Que faire? Quatre méthode de traitement sont en présence: 1° La manœuvre de Braxton-Hicks; 2° la méthode de Puzos; 3° la méthode de Barnes; 4° la méthode de Leroux.

Peut-on songer à employer la méthode de Braxton-Hicks? Cette méthode consiste à rompre les membranes, à faire la version podalique, s'il y a une présentation du sommet ou de l'épaule, à amener un pied à la vulve et à laisser l'accouchement se terminer spontanément, le siège servant ainsi de tampon naturel. Cette manœuvre, qui peut être excellente pendant le travail, est difficile dans ce cas particulier, parce que le col n'est pas ouvert et effacé et qu'il ne peut permettre l'entrée de la main et du bras; en voulant pénétrer dans l'œuf à travers un orifice serré et peu dilatable on risque fort de blesser le col et le segment inférieur.

M. Pinard conseille un moyen renouvelé de Puzos, consistant à rompre les membranes artificiellement et à attendre; cette manœuvre arrêterait toujours, d'après lui, l'hémorrhagie.

On pourrait, jusqu'à un certain point, recourir à cette méthode, si on avait affaire à une insertion marginale du placenta, car alors il serait possible d'atteindre les membranes, pourvu toutefois que le col soit assez souple. Mais si on se trouvait en présence d'un cas d'insertion centrale, ce qui est relativement fréquent, il serait presque impos-

sible d'arriver sur les membranes, à moins de décoller le placenta, ce qui n'est pas toujours chose facile. L'accoucheur sentira partout du placenta, mais il ne pourra pénétrer jusqu'aux membranes.

M. Pinard dans le travail qu'il a fait paraître en 1886, dans les *Annales de Gynécologie* (1) cite 14 observations de placenta prævia, où il a fait la rupture artificielle des membranes.

Dans 2 cas, les membranes furent rompues avant tout début de travail, le col étant encore long ; l'hémorrhagie s'arrêta. Mais M. Pinard a bien soin de faire remarquer qu'il avait affaire à 2 cas d'insertion marginale. Il a peu d'expérience, dit-il, sur le placenta central qu'il n'a jamais observé.

Quant à nous, nous avons pu réunir 16 observations où l'insertion était manifestement centrale ; dans toutes ces observations il fut absolument impossible de rompre directement les membranes, non-seulement avec une très faible dilatation, mais même avec une dilatation très avancée. On dut pénétrer à travers les cotylédons placentaires pour ouvrir l'œuf et faire écouler le liquide amniotique. Dans l'une d'elles M. Budin eut beaucoup de peine à pénétrer, *un gros vaisseau placentaire* se trouvant devant son doigt, et il dut dilater lentement l'orifice avec deux doigts pour ouvrir la cavité amniotique.

Il y aurait encore un grave inconvénient à rompre les membranes avant le travail, l'écoulement brusque du liquide amniotique pouvant occasionner une syncope mor-

1. Pinard. *Annales de Gynécologie*, 1886, page 229.

telle, et M. Maygrier en cite quatre exemples dans une de ses leçons de clinique obstétricale de 1892.

Restent la méthode de Leroux et la méthode de Barnes, cette dernière consistant à provoquer l'accouchement en introduisant un sac ballon entre les lèvres du col :

Ces deux méthodes sont également applicables avant tout début de travail, mais chacune a ses indications particulières. Avec la méthode de Barnes on est presque sûr de provoquer le travail, mais cette manœuvre n'a de chances de réussir que si le col est assez souple et perméable. On pourrait l'employer avantageusement dans le cas où le tampon de Leroux n'aurait pu arrêter l'hémorrhagie.

La méthode de Leroux est encore la méthode de choix il est toujours plus prudent, de commencer par appliquer le tamponnement, si le col n'est ni effacé ni dilaté. Avec le tampon antiseptique bien appliqué l'accoucheur a de grandes chances de mettre une digue à l'écoulement sanguin que l'insertion soit marginale ou centrale ; de plus, il risque de ne pas provoquer l'accouchement, ce qui est un avantage, car il peut alors espérer voir la grossesse arriver à terme, surtout si la femme n'a encore subi qu'une hémorrhagie, ou si elle n'est arrivée qu'au commencement du septième mois de sa grossesse. Enfin, c'est la seule méthode recommandable si le canal cervical et les deux orifices utérins sont peu perméables et ne permettent pas à l'accoucheur d'y introduire son doigt pour rompre les membranes ou d'y placer un ballon dilatable.

Indication du tampon pendant le travail. — Nous arrivons maintenant au cas où la femme est en travail. Que la malade en soit à sa première hémorrhagie, ou qu'elle ait

subi déjà de nombreuses pertes sanguines, le traitement est le même. Je laisse de côté une perte de sang légère ; elle cédera facilement au repos et aux injections très chaudes : je ne m'occupe que d'une hémorrhagie grave pouvant mettre en danger les jours de la femme.

Les différentes méthodes de traitement dont nous avons parlé plus haut sont encore en présence :

La version mixte ou bipolaire de Braxton-Hicks est beaucoup employée à l'étranger et elle a fourni d'excellents résultats entre les mains des accoucheurs allemands Behm, Hofmeier et Lomer. Cette manœuvre est évidemment excellente si le col est suffisamment dilaté et si les membranes sont accessibles, mais elle est difficile à exécuter si le travail est très peu avancé et si les membranes sont inaccessibles, que le placenta soit central ou partiel ; en effet, dans ce cas la main de l'accoucheur aura de grandes difficultés à pénétrer et risquera de blesser le segment inférieur.

Restent les méthodes de Puzos, de Barnes et de Leroux. Le professeur Pinard, qui préconise la première, prétend que la rupture artificielle des membranes précédée si cela est nécessaire de la version céphalique externe (manœuvre de Wigaud) arrête toujours l'hémorrhagie.

Il y a encore lieu ici de considérer deux cas bien distincts. Si la dilatation est suffisamment avancée et si les membranes sont accessibles, on peut employer la manœuvre de M. Pinard qui, dans ce cas, peut être excellente. Mais si l'orifice est peu dilaté, si l'insertion du placenta est centrale, et ne permet pas au doigt d'atteindre les membranes, c'est encore une manœuvre difficile. M. Pinard

publie dans les *Annales de gynécologie* de 1886 (1) une statistique de 13 observations de placenta prævia. Dans 10 cas il fit la rupture artificielle des membranes pendant le travail. Sur ces 10 cas, 8 fois la dilatation était incomplète, 2 fois elle était complète. Dans les 8 cas de dilatation incomplète, l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement ; mais ces cas se rapportent encore à des insertions marginales.

Les autres observations de M. Pinard ont trait à des ruptures artificielles pratiquées à la dilatation complète ou pendant l'accouchement. Elles ne comptent donc pas, puisque la même conduite peut être, comme nous le dirons tout à l'heure, suivie par les partisans de la méthode de Leroux.

Voici, à notre avis, la meilleure conduite à tenir pendant la période de dilatation.

Le travail est-il peu avancé, les membranes sont-elles inaccessibles au doigt, le plus simple est d'abord de recourir, soit au tampon antiseptique, soit à la *dilatation de l'orifice* par un ballon dilatable.

Ces deux méthodes sont faciles à exécuter et permettent de conduire sans accident la dilatation jusqu'à ce qu'elle soit suffisante pour l'extraction fœtale ; mais à laquelle des deux donner la préférence ? Le procédé de Barnes, disions-nous est excellent, et en effet, dans notre statistique de 34 cas pris à la Maternité, M^{me} Henry dut appliquer 3 fois le ballon de Chassagny en présence de l'insuffisance du tampon. Mais quelquefois, il est infidèle, témoin le cas relaté dans l'observation III, ou l'introduction dans la cavité uté-

1. Pinard. *Annales de gynécologie*, 1886. Page 229.

rine du ballon Champetier n'eut aucun résultat, et où on fut obligé de faire immédiatement l'extraction en pénétrant à travers le placenta. Il est donc utile de commencer par faire le tamponnement. Si la dilatation n'est pas complète, si les membranes sont intactes, il est prudent de ne pas les rompre, dans la crainte d'une syncope (voir Maygrier. *Cl. Obst.*, 1893). Il est préférable de tamponner le vagin jusqu'à ce que la dilatation soit complète.

Mais, si l'hémorrhagie ne s'arrêtait pas, si la femme était en danger de mort, il faudrait se décider à intervenir tout en prenant de grandes précautions pour ne pas blesser le segment inférieur.

Aussitôt que la dilatation sera suffisante pour qu'on puisse terminer l'accouchement il faudra enlever le tampon et intervenir.

Toutes les méthodes préconisées en pareil cas sont bonnes, que ce soit la méthode de Braxton-Hicks, ou celle de Puzos, précédée ou non de celle de Wigaud : « Rompez alors les membranes si elles sont intactes ; mais faites-le avec les précautions qu'on prend pour évacuer le liquide dans les cas d'hydramnios ; d'ailleurs l'hydramnios complète assez fréquemment le placenta prævia. Ne laissez donc couler le liquide que lentement, en maintenant la main à l'entrée de la vulve afin de l'obturer en partie. Puis faites votre intervention ; que ce soit un forceps, une version, une extraction par le siège, une embryotomie, procédez lentement, doucement, sans vous préoccuper de la vie du fœtus, car vous savez combien elle est précaire en pareil cas » (1).

1. Ch. Maygrier (*Op. cit.*).

L'intervention devra être subordonnée au mode de présentation. Si on a affaire à une *présentation du siège* le plus simple est d'abaisser un pied à la vulve; on peut espérer ainsi voir l'accouchement se faire spontanément et le siège remplir l'office d'un tampon en appuyant directement sur le placenta.

Si c'est le *sommet qui se présente* on ira à la recherche d'un pied qu'on amènera à la vulve et on abandonnera l'accouchement à la nature, ou bien on fera l'extraction si la dilatation est complète.

La *présentation de l'épaule*, exige plus rigoureusement encore une intervention rapide. Si les membranes ne sont pas rompues on pourra abaisser le sommet par manœuvres externes (Méth. de Wigand), puis rompre les membranes (Méth. de Puzos) et terminer l'accouchement.

Ces diverses manœuvres ne sont pas indifférentes pour la mère et pour l'enfant. La méthode de Wigand est plus sûre pour l'enfant; celle de Braxton-Hicks préférable pour la mère. Mais la plupart du temps la vie du fœtus est bien précaire et il y a lieu de se préoccuper avant tout de celle de la mère.

Il y a lieu, avant de terminer ce chapitre, de dire deux mots des indications du tamponnement dans les cas de *rétrécissement du bassin* :

Dans les bassins rétrécis compliqués du placenta *prævia* deux cas sont à considérer.

1° Si l'accouchement peut se faire spontanément, il n'y a aucune contreindication à la méthode de Leroux ou à celle de Barnes ;

2° Veut-on au contraire provoquer l'accouchement ? le

simple tampon peut suffire s'il y a hémorrhagie car, alors le sang, en s'accumulant derrière lui, peut remplir le rôle d'un corps étranger et provoquer les contractions utérines. Mais il ne serait pas toujours efficace ; M. Pinard prétend même qu'il serait toujours insuffisant ; et il cite une observation (1) ayant rapport à une hémorrhagie par insertion vicieuse survenue chez une femme atteinte en même temps d'un rétrécissement du bassin. Le tampon ne put arrêter l'hémorrhagie qui ne céda qu'à la rupture artificielle des membranes.

1. Pinard. *Annales de gynécologie*, 1886.

CHAPITRE V

RÉSULTATS STATISTIQUES.

Nous désirons, avant de terminer notre travail, parler des résultats obtenus par la méthode de Leroux pratiquée avec l'antisepsie. La statistique que nous avons établie comprend 34 cas de tamponnement pratiqué à la Maternité de Paris de 1881 à 1890, et 11 cas pris dans le service de M. le Dr Porak, à l'hôpital Lariboisière, de 1885 à 1891.

Mais auparavant nous parlerons des résultats généraux établis par M. le Dr Auvard (1) dans sa thèse d'agrégation de 1886, afin de les comparer avec les nôtres. Nous dirons aussi quelques mots des résultats obtenus par les méthodes de Braxton-Hicks, Barnes et Puzos. Mais nous n'insisterons point sur cette dernière qui en France se partage seule avec la méthode de Leroux, le traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse.

M. Auvard établit ainsi le parallèle des quatre méthodes citées plus haut :

Mortalité maternelle et fœtale.

	Mères	Enfants
M. Puzos.	13 p. 100	46 p. 100
Méth. Leroux	6 p. 100	55 p. 100
M. B. Hicks	4 p. 100	60 p. 100
M. Barnes	0 p. 100	43 p. 100

1. Auvard. Thèse d'agrégation de 1886.

La statistique de la méthode de Barnes n'a été donnée que par un seul accoucheur (J. Murphy) ; or, cette méthode, selon Lomer, change selon qu'elle est appliquée par un ou plusieurs opérateurs.

La statistique de la méthode Leroux renferme des cas traités à la Maternité, mais dans lesquels le tampon a été appliqué en ville ou à l'hôpital par différentes personnes, le chef de service, la sage-femme ou les élèves.

La statistique de la méthode Puzos a été prise à une époque où l'antisepsie n'était pas connue.

Voici le détail des cas traités à la maternité par le tampon Leroux de 1855 à 1885.

1° <i>Avant l'antisepsie</i>	29 cas.
Mortalité maternelle	38 p. 100
Mortalité fœtale.	55 p. 100
2° <i>Depuis l'antisepsie</i>	18 cas.
Mortalité maternelle	11 p. 100
Mortalité fœtale.	55 p. 100

A retrancher un cas concernant une femme albuminurique qui succomba à une attaque d'urémie : restent 17 cas.

Mortalité maternelle	6 p. 100
Mortalité fœtale	55 p. 100

En regard de cette statistique, voici celle que nous avons dressée ; elle comprend, nous l'avons dit, 34 cas de tamponnements faits à la maternité de 1831 à 1890, et 11 cas traités dans le service de M. Porak de 1885 à 1891.

Maternité. — 34 cas.

Mères	Mortes 5	} Mortalité maternelle 14 p. 100
	Guéries 29	

Enfants $\left\{ \begin{array}{l} \text{Morts} \quad 17 \\ \text{Vivants} \quad 17 \end{array} \right\}$ Mortalité fœtale 50 p. 100

De ces 34 cas, si nous retranchons un cas où la femme albuminurique succomba à une attaque d'urémie, il restera 33 cas qui se répartissent ainsi :

Mères $\left\{ \begin{array}{l} \text{Mortes} \quad 4 \\ \text{Guéries} \quad 29 \end{array} \right\}$ Mortalité maternelle 12 p. 100

Enfants $\left\{ \begin{array}{l} \text{Morts} \quad 16 \\ \text{Vivants} \quad 17 \end{array} \right\}$ Mortalité fœtale 48 p. 100

Sur ces 33 cas, 30 fois le tamponnement a été pratiqué seul, 3 fois le ballon de Chassagny a été appliqué consécutivement au tampon.

Les 30 cas ont donné la mortalité suivante :

Mères $\left\{ \begin{array}{l} \text{Mortes} \quad 4 \\ \text{Guéries} \quad 26 \end{array} \right\}$ Mortalité maternelle 13 p. 100

Enfants $\left\{ \begin{array}{l} \text{Morts} \quad 15 \\ \text{Vivants} \quad 15 \end{array} \right\}$ Mortalité fœtale 50 p. 100

Service de M. Porak. — 44 cas.

Mères $\left\{ \begin{array}{l} \text{Mortes} \quad 1 \\ \text{Guéries} \quad 10 \end{array} \right\}$ Mortalité maternelle 9 p. 100

Enfants $\left\{ \begin{array}{l} \text{Morts} \quad 8 \\ \text{Vivants} \quad 3 \end{array} \right\}$ Mortalité fœtale 72 p. 100

Dans un cas, la femme a contracté la septicémie dont elle est morte à la suite d'un tampon fait en ville. Si nous le retranchons, il reste 10 cas qui ont donné la mortalité suivante :

Mères	{ Morts 0 Guéries 10 }	Mortalité maternelle 0 p. 100
Enfants	{ Morts 7 Vivants 3 }	Mortalité fœtale 70 p. 100

Si nous additionnons tous les cas où le tampon a été appliqué seul et à l'hôpital, nous avons $30 + 10 = 40$ cas qui donneront la mortalité suivante :

Mères	{ Morts 4 Guéries 36 }	Mortalité maternelle 10 p. 100
Enfants	{ Morts 22 Vivants 19 }	Mortalité fœtale 55 p. 100

Les 4 décès de cette statistique ont trait à des femmes qui succombèrent à l'anémie extrême causée par des pertes antérieures à leur séjour à l'hôpital, et à l'hémorrhagie que le tampon ne put arrêter.

Il était intéressant de comparer la mortalité donnée par le tampon antiseptique à la mortalité donnée par la rupture artificielle des membranes :

Nous trouvons dans le travail de M. Pinard (1) 13 observations de rupture artificielle des membranes. Sur ces 13 cas, 3 fois la rupture fut pratiquée, la dilatation étant complète, 10 fois avant tout travail, ou bien la dilatation étant incomplète.

Voici la mortalité des 13 cas :

Mères	{ Morts 1 Guéries 12 }	Mortalité maternelle 7, 6 p. 100
-------	---------------------------	----------------------------------

1. Pinard. *Annales de gynécologie*, 1886. .

Enfants	{	Morts	5	{	Mortalité fœtale 61 p. 100
		Vivants	8		

Voici celle des 10 cas où la rupture fut pratiquée avant le travail ou avant la dilatation complète :

Mères	{	Mortes	1	{	Mortalité maternelle 10 p. 100
		Guéries	9		

Enfants	{	Morts	6	{	Mortalité fœtale 60 p. 100
		Vivants	4		

Un auteur allemand, Wyder (1), dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises, a établi de son côté deux statistiques renfermant un certain nombre de cas traités par la méthode Puzos.

Sa première statistique comprend 107 cas d'insertion vicieuse, recueillis à la polyclinique de Güsserow; ces 107 cas ont donné une mortalité de 6,5 pour 100 pour les mères et de 78,4 0/0 pour les enfants: voici le détail de ces cas :

Mortalité maternelle.

Les 38 cas d'insertion totale ont donné 3 morts, soit 7,6 pour 0/0.

Les 61 cas d'insertion latérale, 4 morts, soit 6,5 p. 0/0.

Les 8 cas d'insertion marginale, 0 mort, soit 0 p. 0/0.

Les 7 morts sont dues: 3 à la septicémie.

— 4 à l'hémorrhagie.

Une seconde statistique comprend 101 cas traités à la

1. Wyder (*Correspond. blatt. f. gynecol.* 15 juillet 1890).

clinique de Schröder, qui ont donné une mortalité de 6,9 p. 0/0 pour les mères, et de 50 p. 0/0 pour les enfants.

La conclusion à tirer de ce parallèle entre les deux méthodes, celle de Leroux et celle de Puzos, est que la mortalité fœtale est plus forte avec la méthode Puzos.

Wyder prétend, par contre, que cette dernière méthode est plus favorable à la mère, mais les statistiques ne donnent pas un résultat bien net à cet égard.

STATISTIQUE DE LA MATERNITÉ

Due à l'obligeance de M^{me} Henry.

- Juillet 1881. — Insertion partielle ou marginale. Hémorrhagie au début du travail. Tampon. Enfant vivant. Femme guérie.
- 25 février 1882. — Insertion marginale. Sommet. Accouchement spontané. Rupture artificielle des membranes. Enfant vivant. Femme guérie.
- 17 mars 1882. — Insertion partielle. Tampon en ville. Version. Enfant mort. Femme morte peu après la version par hémorrhagie.
- 19 mars — Insertion marginale ou partielle. Version. Enfant mort (1880 g^r). Femme guérie.
- 14 juin. — Insertion marginale. Version. Accouchement prématuré. Enfant vivant (4260 g^r). Femme guérie.
- 6 août. — Insertion partielle. Accouchement huit mois. Rupture des membranes le sommet faisant tampon. Enfant vivant. Mère guérie.
- 3 septembre. — Insertion marginale. Sommet. Accouchement spontané. Enfant vivant (2100 g^r). Mère guérie.
- 15 octobre. — Insertion partielle. Sommet. Tampon en ville. Version. Enfant vivant. Femme en bon état.
- 16 mai 1883. — Placenta partiel. SID. Extraction. Enfant vivant (2050 g^r). Mère guérie.

- 7 janvier 1883. — Placenta partiel. Version. Enfant mort. Femme guérie (transfusion).
- 17 septembre. — Placenta partiel presque total: Rupture artificielle des membranes. Enfant mort (1260). Femme guérie.
- 24 février 1884. — Placenta partiel. Sommet élevé. Rupture membranes. Tampon. Enfant mort (3070). Femme guérie.
- 6 mars. — Placenta marginal. Tampon, puis ballon Chassagny. Orifice 5 fr. souple, évolution sans extraction. Délivrance artificielle. Enfant vivant (1930). Femme guérie (eschares).
- 28 juillet. — Insertion centrale. Deux tampons, puis ballon de Chassagny. Enfant mort avant deuxième tampon. Femme guérie.
- 4 janvier 1885. — Placenta partiel. Sommet. Albuminurie. Enfant mort. Tampon. Rupture des membranes sous le tampon qui s'imbibe de liquide amniotique. Délivrance artificielle. Urémie. Femme morte.
- 8 avril. — Placenta partiel. Présentation transverse. Tampon. Version. Enfant mort. Femme guérie.
- 25 mai. — Insertion partielle presque centrale. Enfant mort. Tampon qui s'imbibe. On le remplace par ballon Chassagny qui réussit. Pâleur. Version. Enfant ranimé (1550). Femme guérie.
- 14 novembre. — Insertion marginale ou partielle. Injection chaude, puis tampon qui s'imbibe ; on le retire. Col souple 5 fr. Version. Enfant non ranimée (2250). Femme guérie.

- 26 décembre. — Placenta partiel. OIDA. Tampon en ville. Injection chaude. Orifice souple 2 fr. Membranes intactes. Version. Enfant ranimé (2770). Mère et enfant en bon état.
- 4 janvier. — Placenta central, neuf mois. Enfant mort. Femme guérie.
- 25 juillet. — Placenta central. Enfant mort. Femme guérie.
- 1^{er} mars 1886. — Placenta marginal. SIDA. Hémorrhagie avant le travail. Extraction facile à dilatation complète. Rupture spontanée des membranes. Enfant vivant. Mère guérie.
- 18 mars. — Placenta partiel. OIGA. Tampon qui s'imbibe. Col souple 5 francs. Version podalique sans extraction. Accouchement spontané. Enfant mort. Mère guérie.
- 20 juillet. — Perte depuis 3 mois. 2 tampons en ville, Arrive exsanguë. Tampon insuffisant. Femme morte. Enfant mort-né.
- 25 août. — Mère et enfant bien portants.
- 3 septembre 1887. — Insertion marginale. Tampon qui s'imbibe, on le retire. Col souple, 5 francs. Rupture artificielle des membranes. Abaissement d'un pied. Expulsion spontanée. Enfant mort (9 mois). Femme guérie.
- 15 décembre. — Placenta marginal. Tampon qui s'imbibe. Col 5 francs incomplètement effacé. Enfant macéré. Transfusion. Femme morte.
- 19 janvier. — Enfant mort né. Femme guérie.
- 1^{er} avril 1888. — Enfant ranimé, bien portant. Femme morte.
- 13 avril. — Insertion cervicale. Tampon cause de contraction. Mère et enfant en bon état.

- 14 novembre. — Placenta marginal. Tampon. Accouchement spontané. Enfant mort (1900). Femme guérie.
- 21 septembre 1889. — Placenta marginal. Tampon. Forceps. Enfant mort. Femme guérie.
- 22 février 1890. — Placenta marginal. Douleurs suivent tampon. Forceps. Guérison de la mère et d'enfant.
- 5 novembre. — Placenta presque central. Tampon. Mère et enfant en bon état.

STATISTIQUE DU SERVICE D'ACCOUCHEMENT DE
LARIBOISIÈRE

Due à l'obligeance de M. le D^r Porak.

- 29 novembre 1885. — Insertion vicieuse. Enfant vivant, mère en bon état.
- 2 décembre 1886. — Tampon. Enfant mort né. Accouchement 7 mois. Femme guérie, en bon état.
- 4 janvier 1887. — Placenta prævia. Tampon. Enfant mort né. Accouchement 8 mois 1/2. Femme en bon état.
- 27 mai. — Accouchement 6 mois 1/2. Tampon. Enfant macéré. Femme état médiocre à la sortie.
- 28 juin. — Accouchement 7 mois 1/2. Tampon. Enfant mort né. Femme guérie.
- 18 février 1888. — Tampon. Enfant bien portant. Femme guérie mais a eu fièvre.
- 24 avril. — Enfant mort né. Femme a eu fièvre mais guérie.
- 27 juin. — Tampon. Adhérences placentaires. Enfant vivant, bien portant. Femme guérie.
- 19 septembre 1889. — Insertion vicieuse. Hémorrhagies répétées. Tampon. Enfant mort. Femme guérie.
- 29 mars 1890. — Tamponnement fait en ville. Accouchement 7 mois. Enfant mort né. Femme morte de fièvre puerpérale.
- 23 octobre 1891. — Enfant mort né. Femme guérie. Placenta central.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(Service de M. le D^r Maygrier),

La nommée B..., femme L..., âgée de 33 ans, lingère, est entrée le 31 octobre 1887 à la Pitié, dans le service de M. Maygrier.

C'est une multipare, enceinte pour la sixième fois et arrivée au terme de 8 mois environ. Elle a eu des hémorrhagies abondantes et répétées dans ces derniers temps et elle vient à l'hôpital pour une nouvelle perte.

A son entrée, elle est très pâle, exsangue ; le fœtus à la tête dans une fosse iliaque, on n'entend pas ses battements cardiaques.

Col effacé, incomplètement dilaté ; partout au-dessous de lui, on trouve des cotylédons placentaires ; nulle part on ne rencontre les membranes.

Injections chaudes et tamponnement (3 h. matin).

A la visite, M. Maygrier enlève le tampon, il trouve le col presque complètement dilaté ; le doigt arrive partout sur des cotylédons ; nulle part il ne touche les membranes. Partie fœtale élevée. M. Maygrier se décide à faire la version.

On chloroformise la femme, on la met en travers du lit. De

grandes précautions sont prises pour l'anesthésie en raison de son anémie extrême.

Le placenta adhère partout au pourtour de l'orifice utérin ; avant de se résoudre à perforer le gâteau placentaire, M. Maygrier cherche si en un point quelconque les adhérences cèdent plus facilement ; il réussit du côté droit il décolle alors le placenta dans une étendue de trois centimètres environ et arrive seulement au bord sur lequel s'attachent les membranes. Celles-ci sont perforées par le doigt : une grande quantité de liquide amniotique s'écoule rapidement.

A ce moment la femme est prise de syncope. M. Maygrier sen sous sa main l'utérus devenir subitement flasque ; il extrait en un clin d'œil l'enfant et le délivre pendant qu'on supprime le chloroforme et qu'on commence la respiration artificielle. Malgré tous les soins qui ont été pris la femme n'a pas recouvré connaissance.

L'autopsie fait reconnaître des organes pâles, exsangues, un utérus mou, mal rétracté : le col était suffisamment dilaté pour permettre aisément le passage du poing. Le placenta était inséré centralement.

OBSERVATION II

(Service de M. le D^r Budin).

La nommée P..., âgée de 39 ans, est entrée le 9 novembre 1890 dans le service d'accouchement de la Charité.

C'est une multipare arrivée à sa troisième grossesse. Les deux accouchements précédents ont été normaux ; depuis 16 ans, elle a des pertes blanches ; ses règles ne durent qu'un jour et elle

souffre souvent dans le bas-ventre, surtout pendant les rapports sexuels.

Les dernières règles datent des premiers jours d'avril.

Vers la fin du quatrième mois de la grossesse, elle fit une chute dans la rue et huit jours après elle eut une perte de sang. Craignant une fausse couche elle garda le lit pendant deux jours. Trois semaines après l'hémorrhagie reparut et depuis les pertes de sang se sont répétées à de fréquentes reprises, survenant tantôt le matin au réveil, tantôt dans la journée. La malade gardait alors le lit pendant quelques jours, puis elle reprenait son travail.

Les premières hémorrhagies n'étaient accompagnées d'aucune douleur; mais dans le commencement du septième mois elle commença à souffrir dans le ventre d'une façon presque continue, les douleurs n'étaient pas toujours calmées par le repos au lit. Enfin dans les premiers jours de novembre elle eut une hémorrhagie très abondante et se décida alors à entrer à l'hôpital.

A son arrivée dans le service de M. Budin, le 9 novembre, elle est très faible et très anémiée avec les traces d'albumine dans les urines.

Par le palper abdominal, on sent une grosse extrémité vers le fond de l'utérus, mais rien de distinct au détroit supérieur. Les bruits du cœur sont perçus un peu au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

Au toucher, on trouve le segment inférieur épais et mou, mais on ne peut atteindre la partie fœtale qui se présente. On sent des artères volumineuses battre dans la partie profonde du vagin. Le col a toute sa longueur et le doigt introduit jusqu'à l'orifice interne, les cotylédons placentaires immédiatement au-dessus de cet orifice. On peut dès lors diagnostiquer une insertion vicieuse du placenta.

A 2 heures de l'après-midi, il se produit brusquement une hémorrhagie abondante, on recueille 900 grammes de caillots. Tamponnement. A 4 h. 1/2 syncope avec mouvements convulsifs. Température de 36°, remonte à 38° 2 heures après.

A minuit 1/2, le tampon étant mouillé de sang, on le retire et on enlève du vagin 200 grammes de caillots. A 1 h. 1/2, un peu de sang continue à couler, on se décide à perforer les membranes. La main est introduite assez facilement dans le vagin et un doigt est poussé dans le col. Le doigt rencontre partout le placenta qui est décollé en avant, en arrière et du côté droit; adhérences au contraire à gauche. Nulle part il ne peut atteindre les membranes.

Pour éviter un décollement plus étendu, le mieux semble de perforer le placenta dans l'air du col. Le doigt traverse aisément les villosités placentaires, mais il faut le perce-membranes pour rompre l'amnios. On reconnaît une présentation du sommet. Le liquide amniotique s'écoule, sa quantité est faible de 200 à 300 grammes environ. Les battements fœtaux entendus peu de temps avant la perforation ont cessé maintenant. A 6 heures du matin on retire du vagin 100 grammes de caillots.

A 10 h. 1/2 nouvelle perte de 200 grammes. Deuxième tampon appliqué cette fois avec du cérat au lieu de vaseline. On le laisse en place jusqu'au lendemain pendant 23 heures, il ne provoque aucune contraction utérine.

Le 11 novembre, on enlève le tampon; l'hémorrhagie ne se reproduit pas. Le 12 novembre il y a contractions utérines et le col commence à s'effacer; les liquides vaginaux ne sont pas fétides bien que l'œuf soit ouvert depuis 56 heures.

A 2 heures la dilatation est de 3 centimètres; une partie du placenta s'engage dans le col et contribue à le dilater. A 4 heures,

la dilatation est complète et la tête descend dans l'excavation. Le cuir chevelu paraît à la vulve : il est tendu et résistant et une chiquenaude frappée sur lui, produit un son tympanique dû à la putréfaction fœtale. Malgré ces contractions la tête ne sort pas ; on crève le cuir chevelu. Il s'échappe un jet de gaz fétide et une bouillie de substance cérébrale et de sang. La tête dégonflée se laisse faiblement dégager. Le tronc distendu par les gaz descend difficilement ; on abaisse un bras et on termine l'extraction.

Aussitôt après la femme pâlit et tombe presque en syncope. L'utérus se rétracte bien ; une partie du placenta grosse comme le poing s'engage dans le col. Pas d'hémorrhagie. Délivrance artificielle 3 heures après. On ne donne pas de chloroforme. Le placenta adhère à la paroi antérieure, à la paroi gauche et à la paroi postérieure du segment inférieur dans une étendue égale à celle de deux mains ; le décollement est effectué avec lenteur ; le placenta est amené au dehors tout d'une pièce, mais les membranes sont incomplètes et déchirées. Aucune hémorrhagie. Température de 37°,2. Enfant de 3000 grammes.

L'examen du placenta fait reconnaître une insertion centrale type.

Les jours suivants la femme semble se remonter, mais le pouls reste très fréquent (140 puls.).

Le 14 novembre. — Est agitée, presque dans le délire ; elle se plaint d'étouffement. Le 15 à 1 heure matin elle veut se lever, tombe en syncope et meurt.

Autopsie. — Anémie extrême de tous les organes. Pas d'embolie. Péritoine sain. Placenta central.

OBSERVATION III (inédite).

(Service de M. le professeur Tarnier).

La nommée F..., femme M..., âgée de 36 ans, est entrée à la clinique de la rue d'Assas au mois de février 1891.

Multipare, arrivée au huitième mois de sa quatrième grossesse. Les trois précédentes se sont terminées toutes par des fausses couches à 6 semaines, 6 semaines 1/2 et 2 mois 1/2. La première grossesse il y a quatre ans.

Cette fois la femme a eu ses dernières règles au commencement de juin 1890. Il y a 1 mois elle a eu une perte de sang très abondante. Le mardi 17 février, à 3 heures du matin, deuxième hémorrhagie également très forte. Le mercredi 18 nouvelle perte. Dans la nuit de jeudi à vendredi elle est prise de douleur de ventre, nouvelle perte.

Urine albumineuse. OEdème des jambes.

A plusieurs reprises on applique le tampon vaginal ; chaque fois qu'on essaie de le retirer le sang se remet à couler et on est obligé d'en replacer d'urgence un autre.

Le ... février, M. Tarnier trouvant le col effacé et ouvert avec les dimensions d'une pièce de ...5 francs, constate de nouveau que le col est partout recouvert par les cotyledons placentaires. Nulle part on ne peut arriver sur les membranes.

L'enfant se présente par le sommet O. I. G. T. M. Tarnier perfore le placenta et introduit dans la cavité utérine un ballon de Champetier qu'on gonfle avec de l'eau et qu'on applique exactement sur l'orifice, en tirant modérément sur le tuyau qui sert à conduire le liquide dans le ballon. A un moment donné, M. De-

melin, chargé de ce soin, sent que le ballon descend dans le vagin; du sang se remet à couler en abondance, et M. Demelin reçoit le ballon expulsé spontanément, et va aussitôt à la recherche d'un pied, pour faire la version il traverse le placenta et amène aisément le pied gauche à la vulve. Pendant ce temps, M. Tarnier prévenu arrive et M. Tissier termine l'extraction.

L'enfant en état de mort apparente fut ranimé mais ne vécut que deux heures. La délivrance se fit ensuite. La femme ne perdit plus. Mais dans l'après-midi, son état s'aggrava. M. Tarnier pratiqua la transfusion et injecta 100 grammes de sang. Malgré tout, la femme mourut le soir même.

Autopsie. — Anémie extrême de tous les organes; aucune lésion du péritoine ou de l'utérus.

OBSERVATION IV (inédite).

Service de M. le professeur Tarnier.

La nommée R..., âgée de 31 ans, est entrée le 1^{er} août 1891 à la Clinique de la rue d'Assas.

Multipare de 8 mois. Deux fausses couches et six accouchements antérieurs. Cette fois elle est enceinte de 8 mois.

Le 28 juillet. — Elle est prise d'une hémorrhagie subite qui s'est traduite par l'expulsion d'un caillot gros comme un placenta. Pas de douleurs. L'hémorrhagie continue. Un médecin appelé fait le tamponnement. On le laisse 18 heures. Le 1^{er} août, nouvelle hémorrhagie, deuxième tamponnement qui cette fois est insuffisant. A 11 heures 1/2 du matin, elle entre à la Clinique. On n'entend pas les bruits du cœur fœtal. Dilatation comme 3 francs. Orifice est dilatable. Troisième tamponnement.

Refroidissement, anémie, pouls à 120. Pendant ce tampon, la femme a perdu 500 grammes de sang. A 2 h. 1/4, on enlève ce tampon qui est étanché. Dilatation comme une paume de main ; on entend les bruits du cœur à gauche et en arrière. On sent la tête fœtale au-dessus du pubis. Quatrième tamponnement. A 4 heures, le pouls est à 132, la peau est sèche et froide. A 6 heures, vomissements. A 11 heures du soir, M. Tissier fait un cinquième tamponnement ; le précédent était absolument étanché. On n'entend plus les battements du cœur. La dilatation est la même, on ne trouve partout que du placenta.

Le 3 août à 2 heures du matin, il y a quelques efforts expulsifs, le tampon s'imbibe de liquide, mais il n'y a pas trace d'écoulement sanguin. M. Tissier enlève le tampon non imbibé de sang, et décolle en haut et à droite le placenta, sur une assez large surface, traverse les membranes et amène doucement un pied à la vulve. L'utérus est très contracté ; néanmoins l'évolution se fait bien. Au moment où le siège commence à se dégager, le placenta paraît à la vulve ; à mesure que le tronc est extrait, le placenta sort davantage, appliqué sur la hanche et le plan latéral du fœtus ; au moment du dégagement des épaules, le placenta tombe à terre complètement découronné. L'enfant est mort. L'utérus se rétracte et il n'y a qu'un léger suintement de sang. Ligatures de quatre membres, champagne, etc. A 8 heures du matin, syncope et mort. Enfant de 2,500 grammes, légèrement macéré. Placenta découronné.

Autopsie. — Organes anémiés. Rien au péritoine ni à l'utérus. Insertion totale du placenta sur segment inférieur.

OBSERVATION V

Service de M. le Dr Maygrier.

La nommée F., 38 ans, fille de salle, entre le 18 juin 1886 à l'hôpital de la Pitié.

C'est une épileptique dont la face est couverte de cicatrices de brûlures ; elle est arrivée à la fin de sa grossesse. Hémorragies fréquentes et abondantes. Début du travail le 13 juin.

Le 16. — Pertes très abondantes.

Au toucher : col à peine dilaté ; orifice interne fermé complètement par le placenta. Tampon.

Le 17. — On essaie à la Salpêtrière, où elle habitait, de faire la version, mais sans succès.

Le 18. — On l'envoie à la Pitié à 11 heures, matin.

La femme a beaucoup perdu mais ne perd plus.

L'enfant mort se présente en OIGA. Tête non engagée. Dilatation comme 5 francs. On tombe immédiatement sur le placenta : dans les culs-de-sac on a la sensation du matelas classique.

M. Maygrier perfore les membranes à travers le placenta avec quelques difficultés (il emploie tour à tour le perce-membranes, la pince à verrou, le doigt, une pince hémostatique). Un fragment de cotylédon pend dans le col après la rupture. Il s'écoule une petite quantité de liquide. En abaissant fortement le fond de l'utérus on tombe facilement sur le cuir chevelu. La tête s'engage à peine ; immédiatement après la rupture de l'amnios, il s'est fait une procidence du cordon qui ne présente pas de battements. Injections chaudes. Les douleurs se sont arrêtées

à 5 heures ; la dilatation égale une paume de main . Pas de pertes depuis le matin .

A 8 heures, la dilatation est stationnaire mais permet l'introduction de la main . On donne du chloroforme et on fait la version . Elle est d'abord un peu difficile parce que l'utérus est rétracté sur le fœtus ; puis on fait l'extraction . Le tronc descend mais la tête s'accroche au pubis par le menton . M. Maygrier perfora le crâne avec l'instrument de Blot au niveau de l'occiput, puis il applique le forceps et extrait la tête . On suspend le chloroforme . Après l'expulsion du fœtus, l'utérus est absolument mou ; la respiration est stertoreuse, le poulx filiforme .

Respiration artificielle ; mais malgré une amélioration passagère, la femme meurt bientôt .

Autopsie. — Utérus intact . Placenta central .

OBSERVATION VI

Service de M. le Dr Maygrier .

La nommée A. V..., 34 ans, ménagère, est entrée à la Pitié le 11 avril 1891 .

V pare, enceinte de 7 mois . Il y a 10 semaines, elle a été prise subitement la nuit pendant le sommeil d'une métrorrhogie assez abondante, accompagnée de douleurs dans la région lombaire et dans le bas-ventre . Cette hémorrhagie a duré 2 heures et s'est arrêtée sous l'influence du repos .

Le 11 avril . — Nouvelle hémorrhagie, plus abondante, plus persistante . La malade arrive à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême, avec vertiges . Maux de tête et une tendance à la syncope .

Au palper : utérus tendu, sensation de flot très nette, fœtus mobile.

Au toucher : le col est entr'ouvert et présente une certaine longueur. Le segment inférieur est le siège d'un épaissement très net donnant la sensation d'une éponge à travers laquelle on perçoit une partie fœtale douée d'une grande mobilité.

Bruits du cœur fœtal à gauche.

Tamponnement vaginal. Le lendemain abolition complète des bruits du cœur fœtal. A 11 heures du matin M. Maygrier enlève le tampon. La dilatation est comme une petite paume de main ; on trouve une tumeur mollassse, à surface irrégulière, occupant l'aire du col dilaté. M. Maygrier ouvre l'œuf avec le perce-membranes introduit à travers le placenta. Il s'écoule brusquement une grande quantité de liquide légèrement roussâtre. A ce moment syncope.

A midi 20, dilatation complète ; la tête s'engage. Contractions utérines quoique vives sont rares et de courte durée. Application de forceps.

Enfant mort. On extrait le placenta dont l'insertion est centrale. La malade guérie quitte l'hôpital le 1^{er} mai.

OBSERVATION VI

Service de M. le Dr Porak.

La nommée C..., multipare, entre le 23 octobre 1891 à l'hôpital Lariboisière.

Le 22 à minuit, une sage-femme est appelée auprès d'elle pour un début de travail et une hémorrhagie grave. A 4 heures matin tamponnement vaginal. A 6 heures syncope, la malade est conduite à l'hôpital.

Au toucher l'interne, M. Bernheim, constate un placenta prævia central et se décide à terminer l'accouchement. Ne pouvant décoller suffisamment le placenta pour arriver aux membranes, il traverse les cotylédons et extrait l'enfant. Pendant l'extraction une partie du placenta apparaît à la vulve.

Enfant mort-né. Femme guérie.

OBSERVATION VIII

M. le Dr Budin.

En 1878, j'ai été appelé par le Dr Dumontporcelet, pour voir avec lui une dame B..., qui se trouvait dans un état très grave. Elle était en travail et avait perdu une quantité considérable de sang. M. Dumontporcelet avait reconnu que le placenta recouvrait l'orifice utérin ; et en présence de l'écoulement considérable du sang, il avait en toute hâte fait un tamponnement vaginal aussi serré que possible.

Quand je vis la malade, les contractions utérines se réveillaient toutes les 5 minutes ; le tampon n'était pas imbibé de sang et la femme ne faisait aucun effort. Au palper, l'enfant se présentait par le sommet. On n'entendait aucun bruit du cœur fœtal. Il n'y avait qu'à attendre. Nous prîmes rendez-vous pour 5 heures plus tard.

Il y avait alors persistance des douleurs et efforts d'expulsion. J'enlevai le tampon ; la dilatation était complète. Je cherchai à pénétrer dans la cavité utérine. Pour cela, je m'efforçai, en allant aussi loin que possible en avant, en arrière et sur les côtés, d'atteindre les membranes. Je n'y parvins pas et perforai le placenta avec l'index. Du liquide amniotique s'écoula, mais quand je

voulus faire pénétrer le médius à côté du premier doigt, je fus arrêté par un gros vaisseau qui empêchait la main de pénétrer plus profondément. Je dus retirer le médius et le glisser immédiatement le long de l'index. Je pénétrai dans la cavité de l'œuf, saisis les pieds, et fis la version et l'extraction. Le placenta suivait le fœtus. Guérison de la mère.

OBSERVATION IX

(Maternité; due à Mme Henry).

La nommée D..., femme T..., est entrée le 28 juillet 1884 à la Maternité, à midi.

Bien conformée, traits tirés, pâle (profession cigarière) 34 ans, a eu 3 grossesses normales.

Devenue enceinte pour la quatrième fois en décembre 1883. Par le palper: l'utérus est beaucoup trop gros pour l'époque présumée de la grossesse qui est de 7 mois $1/2$; excès de liquide amniotique. A l'hypogastre, ballottement de la tête située dans le grand bassin.

On n'entend aucun bruit d'origine fœtale. On pense à la mort du fœtus, hypothèse confirmée par la femme qui raconte que le matin, après avoir soulevé un fardeau, elle a senti son enfant exécuter des mouvements brusques, puis rester complètement immobile.

Au toucher: col long, ouvert, orifice interne moins perméable que l'externe, mais permettant pourtant le passage du doigt qui arrive sur un cotylédon placentaire. Au-dessus on sent une tête qui ballote. Dans les culs-de-sac vaginaux le segment inférieur

est partout épais, indiquant que le placenta est implanté sur toute cette partie de l'utérus.

La femme perd un peu de sang après cet examen. Tamponnement avec 41 bourdonnets enduit de cérat phéniqué.

A 2 heures M. Tarnier fait retirer le tampon ; le col a gardé sa longueur, mais la femme ne perdant plus on ne juge pas à propos de recommencer le tamponnement.

Vers 5 heures du soir, le sang reparut ; Mme Henry fit appliquer un tampon par M. Bonnaire : cette fois 37 bourdonnets suffirent.

La malade reposa la nuit, mais eut de violentes contractions utérines revenant toutes les 1/2 heures.

Vers 4 heures du matin, le tampon se trouvant imbibé et la perte continuant. Mme Henry fit retirer le deuxième tampon qui n'avait amené aucune modification du côté du col, et fit appliquer par M. Bonnaire les 2 ballons à air de Chassagny ; l'un d'eux, le supérieur, fut placé dans la cavité cervicale pour la dilatation ; l'inférieur occupait le vagin et faisait office de tampon tout en soutenant le premier. Presque aussitôt, les contractions utérines devinrent régulières et moins espacées : les deux ballons étaient de plus en plus refoulés ; bientôt le ballon inférieur fut chassé hors de la vulve, puis le supérieur. Le col était effacé, dilaté comme 5 francs avec des bords épais, mais souples.

A 7 heures matin, la dilatation étant comme une paume de main, Mme Henry voulut introduire la main dans l'utérus pour aller à la recherche des pieds. Le col ne résista pas, mais sentant du placenta partout, il lui fallut le perforer pour arriver dans l'œuf resté intact. Il s'écoula une quantité assez considérable de liquide amniotique de couleur rosée. Le fœtus était tellement pelotonné que la saisie des pieds fut presque impossible. La tête, au

contraire, tendant toujours à s'abaisser, Mme Henry retira sa main, et l'orifice ainsi agrandi permit le passage de la tête fléchie, à travers le placenta. L'accouchement se termina à 7 h. 40 spontanément.

L'enfant pesant 2450 grammes était mort et macéré.

Eschares vaginales.* Guérison de la femme.

OBSERVATION X

(Due à Mme Henry).

La nommée L... entre à la Maternité le 4 janvier 1885. Cette femme âgée de 34 ans, a eu trois grossesses antérieures. Enceinte pour la quatrième fois, elle a eu ses dernières règles du 7 au 9 avril 1884.

Présentation du siège en S I G A. Enfant mort. Par le toucher : col long, largement ouvert. On ne peut atteindre aucune partie fœtale ; le doigt arrive sur la face utérine du placenta à insertion cervicale.

Cette femme commençait à perdre du sang, Mme Henry fit aussitôt appliquer le tampon (60 bourdonnets).

L'hémorrhagie s'arrêta : les contractions utérines devinrent régulières.

Le 5 janvier, à 8 heures du matin, le tampon fut chassé. On trouva le col effacé, l'orifice souple, dilaté comme 5 francs. L'hémorrhagie recommença. Mme Henry introduisit la main gauche dans l'utérus, perforant le placenta par son centre, et amena le pied gauche à la vulve, et fit l'extraction. Le placenta suivit. L'enfant mort-né pesait 3070 grammes.

Suites de couches naturelles. Guérison.

OBSERVATION XI

(Due à M^{me} Henry).

La nommée B..., femme R..., multipare de 3, fut reçue à la Maternité le 25 juillet 1885 à 9 h. 20 du soir. Agée de 32 ans, elle a eu ses dernières règles du 2 au 5 janvier 1885. O. I. G.

Au toucher : col effacé, dilatation comme 2 francs. Le placenta est inséré centralement sur le col. Le vagin est rempli de caillots répandant une odeur très fétide.

Injection chaude, puis tamponnement à 1 heure matin.

A partir de ce moment les contractions utérines deviennent plus fréquentes. Une heure, le tampon s'imbibant est retiré. Dilatation presque complète.

Mme Henry fit la version. L'enfant fit quelques inspirations, puis succomba. Guérison de la mère.

OBSERVATION XII

(Due à M^{me} Henry).

La nommée M..., multipare, 35 ans est entrée à la Maternité le 10 juin 1886. La veille de son entrée elle avait perdu du sang pour la première fois et en notable quantité.

Les dernières règles sont survenues en septembre 1885. Col assez long, largement ouvert : segment inférieur épais partout. Enfant vivant.

Les accouchements du col quoique légers firent naître des contractions utérines qui décollent le placenta ; une hémorrhagie s'en suivit. Tamponnement.

La malade étant indocile. Une heure après le tampon était imbibé par le sang qui continuait à couler. Mme Henry fit retirer le tampon, et trouvant le col dilatable, elle le traversa en l'agrandissant peu à peu et attaqua le placenta par son centre.

La main trouva vite un pied qui fut engagé dans l'ouverture placentaire et attiré à la vulve. M^{me} Henry abandonna alors l'accouchement aux efforts de l'utérus ; les contractions poussèrent peu à peu le siège et l'enfant vint pour ainsi dire s'asseoir sur le placenta.

Cette compression arrêta l'hémorrhagie ; les contractions engagèrent peu à peu le siège, l'orifice céda progressivement, et on assista à un accouchement par le siège spontané.

L'enfant en état de mort apparente fut ranimé. Le placenta complètement décollé fut expulsé aussitôt après l'enfant. Une petite hémorrhagie fut vite arrêtée par quelques injections chaudes.

La mère et l'enfant quittèrent le service en bon état.

OBSERVATION XIII

Due à M^{me} Henry.

La nommée B..., femme C..., âgée de 46 ans, multipare, enceinte pour la cinquième fois, entra à la Maternité le 20 juillet 1886. Dernières règles du dix au 13 octobre 1885.

A son entrée à 8 heures du soir, elle perdait du sang depuis trois mois. Elle avait subi deux tamponnements en ville, les deux jours précédents, mais le sang coulait encore malgré le tampon. Elle était presque exsangue.

Au palper : présentation du siège en SIDP.

Auscultation négative.

Au toucher : col court, largement ouvert, très dilatable.

On n'atteignait que le placenta. On le perfore et on extrait l'enfant par la version. Il était mort et macéré et pesait 3550 grammes,

Délivrance artificielle immédiate par M^{me} Henry ; injection chaude. La femme ne perdit plus de sang mais eut de la dyspnée, et devint agitée et refroidie.

Compression des membres inférieurs, transfusion avec 800 grammes de solution au chlorure de sodium fait par M. Bailly. L'amélioration fut passagère. La dyspnée et l'agitation reparurent et la femme mourut le 21 juillet à 2 h. 45 du matin.

OBSERVATION XIV

Due à M^{me} Henry.

La nommée D..., 32 ans, secondipare, bien constituée entre à la Maternité le 25 août 1886 à 4 heures du soir.

Dernières règles du 1^{er} au 6 novembre 1885. Présentation du sommet en OIG.

Col long, ouvert dans toute son étendue ; on ne trouve au niveau de l'orifice que du placenta ; aucune partie fœtale n'est accessible.

Cette femme, avant son entrée à la Maternité, avait perdu une grande quantité de sang.

L'hémorrhagie continuant, M. Berthod applique le tampon qui se compose de 66 bourdonnets de charpie ayant trempé dans le sublimé.

Les contractions se déclarèrent 24 heures après. M. Berthod retira le tampon et pratiqua le toucher.

Col effacé, orifice largement ouvert et très dilatable.

Perforation du placenta et version.

L'enfant né en état de mort apparente fut ranimé. Il pesait 3030 grammes.

La délivrance fut faite immédiatement; injection chaude et quelques tampons d'agaric au niveau d'une lésion du col qui fournissait du sang.

La mère et l'enfant quittèrent l'hôpital en bon état.

OBSERVATION XV

(Dûe à M^{me} Henry).

Multipare de 35 ans, entrée à la Maternité le 19 janvier 1887. Hémorrhagies pendant la grossesse. Dernières règles du 10 au 12 avril 1886.

Col long, ouvert dans toute son étendue. On ne trouve au niveau de l'orifice que du placenta.

Tamponnement 1 heure après; les contractions se déclarent 3 heures après. Le tampon s'imbibe; on l'enlève et on trouve le col effacé et l'orifice très dilatable. M^{me} Henry traverse le placenta et fait la version lentement parce que le col est très tendu.

L'enfant est mort-né et pèse 1780 grammes.

Délivrance et suites de couches naturelles.

OBSERVATION XVI

(Dûe à M^{me} Henry).

La nommée P..., secondipare, 34 ans, est entrée à la Maternité le 1^{er} avril 1888. Elle perd un peu de sang et est arrivée au septième mois et demi de sa grossesse; depuis un mois elle a perdu du sang à plusieurs reprises.

Col court, ouvert ; aucune partie fœtale n'est accessible car le placenta est inséré sur le segment inférieur. Enfant vivant.

Pendant 12 jours, la femme perdit de temps en temps un peu de sang. Le 13 avril à minuit, elle eut encore une petite hémorrhagie qui fut arrêtée par une injection vaginale. M^{me} Henry craignant que ces hémorrhagies en se répétant n'affaiblissent la femme, fit le tamponnement. Les contractions apparurent aussitôt régulières et progressives. Vers midi les contractions étaient très énergiques et la femme éprouvait le besoin de pousser. M^{me} Henry fit retirer le tampon qui était imbibé. Dilatation complète ; mais pendant l'injection vaginale le sang se remit à couler abondamment. Aussi M^{me} Henry fit la version après avoir perforé le placenta ; avec le liquide amniotique il s'écoula une grande quantité de caillots.

L'enfant né en état de mort apparente, fut ranimé. Il pesait 2440 grammes.

La délivrance se fit immédiatement après, mais l'hémorrhagie ne s'arrêta pas. Il n'y avait pas de lésion du col mais sa surface interne était irrégulière, tomenteuse ; l'utérus restait inerte et un petit écoulement sanguin se faisait continuellement. Injection à 48°, puis tampon d'agaric, sans que l'écoulement se modifiât. La femme pâissait de plus en plus et commençait à s'agiter. Compression de l'aorte ; compression des membres inférieurs avec la bande d'Esmark.

Le corps de l'utérus était rétracté dans sa partie supérieure ; tout le reste jusqu'à l'orifice externe était mou. M^{me} Henry tamponna le col utérin avec de l'agaric imbibé de perchlorure de fer, et fit deux piqûres d'ergotine. Malgré tout l'hémorrhagie continua sous forme d'un suintement continu ; la malade s'affaiblit de plus en plus et mourut deux heures après l'accouchement.

CONCLUSIONS

1. — Le tampon est toujours et facilement applicable ; il doit être antiseptique.

2. — Ce tampon antiseptique arrête l'hémorrhagie 6 fois sur 10 en général.

3. — Il est très rare que le tampon transforme l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne. Cet accident ne peut se produire que si l'œuf est rompu et le liquide amniotique écoulé, si l'utérus devient interne ou si la présentation est vicieuse.

4. — Le tamponnement, pratiqué avant le travail, le détermine 6 fois sur 10 (Müller). Le travail se déclare en général dans les 12 heures qui suivent son application.

5. — Le tampon, appliqué pendant le travail, active la contraction utérine dans la plupart des cas.

6. — Le tampon est en général douloureux et provoque de la dysurie et du ténesme rectal ; mais ordinairement, cette douleur est tolérable.

7. — Il n'expose jamais les femmes à l'infection quand il est pratiqué avec toutes les précautions antiseptiques.

8. — Pendant la grossesse, et avant tout début de travail, le tampon antiseptique est le meilleur traitement à employer contre les hémorrhagies par insertion vicieuse ; si l'hémorrhagie se déclare au début du 7^e mois, on peut

avec lui arrêter l'écoulement et permettre à la grossesse de continuer son cours.

9. — Pendant le travail, le tampon vaginal est encore la méthode de traitement la plus sûre pour arrêter l'hémorrhagie, tant que la dilatation n'est pas suffisante pour permettre à l'accoucheur d'intervenir.

Vu par le Président de la thèse,
TARNIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

1776. **Leroux** (de Dijon). — Observations sur les pertes de sang.
1852. **Seyfert**. — Die aufsitzende Mutterk Viertelfarschrift fur die Prakt Heilkunde.
1877. **Müller**. — Placenta prævia. Stuttgart.
1876. **Bailly**. — Bulletin général de Thérapeutique.
1885. **D^r Koch** (d'Heidelberg). — Centralblatt fur gynécologie.
1885. **Auvard**. — Semaine médicale.
1886. **Auvard**. — Thèse d'agrégation.
1886. **Pinard**. — Annales de gynécologie (T. I).
1890. **Wyder**. — Correspond. blatt. (15 juillet).
1893. **Ch. Maygrier**. — Leçons de clinique obstétricale.

